Rok XLVI. Kraków, dnia 22. czerwca 1907. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego.

O zmianie ilości bakteryi w kale pod wpływem stosowania w lewatywach i w dyecie mleka kwaśnego zwykłego oraz sporządzonego sposobem Miecznikowa.

Napisał

Dr Bronisław Wejnert.

(Ciąg dalszy.)

Przez odbytnicę już od bardzo dawna stosowano różne leki. W pracy Graafa: »Tractatus de clysteribus« znajdujemy wskazówki, iż stosowanie lewatyw było znane w starożytnym Egipcie. Sprawą tą zajmował się i Celsus. W późniejszych czasach wielu autorów wprowadzało do odbytnicy różne leki jużto w celu działania miejscowego, jużto ogólnego, ogłaszając wyniki swych badań [2]). Badań wszakże nad działaniem wprowadzonego do odbytnicy mleka kwaśnego na zmianę ilości bakteryi w kale nikt dotąd nie wykonał, i tą właśnie sprawą postanowiliśmy się zająć.

Zabierając się do tych badań, należało przedewszystkiem wybrać pewien sposób postępowania przy liczeniu bakteryi, możliwie najdokładniejszy. Przeglądając piśmiennictwo doszliśmy do wniosku, że niema żadnej stałej metody, którąby się wszyscy autorowie posługiwali, lecz że prawie każdy postępował inaczej.

I tak Suchsdorf napełniał kałem rurkę szklaną i ważył ją, następnie brał igłą platynową niewielką ilość kału i przenosił do kolby, zawierającej 500 c.³ wody. Rurkę z kałem ważono po raz drugi, a różnica wagi wskazywała, jaką ilość kału użyto do doświadczenia. Płyn w kolbie mieszał Suchsdorf dokładnie przez potrząsanie, następnie sączył i 1 c.³ przesączu mieszał z żelatyną; z tego pierwszego rozcieńczenia brał znów 1 c.³, przenosił do 10 c.³ żelatyny i otrzymywał w ten sposób rozcieńczenie Nr 2. W taki sam sposób dochodził do rozcieńczenia Nr 3 i 4. Ilość bakteryi na wylanych płytkach obliczał po 48 godzinach.

Stern uważając, iż Suchsdorf popełnia zbyt wielki błąd, nie uwzględniając całej ilości bakteryi, pozostających na sączku, wprowadził do metody Suchsdorfa zasadniczą zmianę, a mianowicie, odważoną ilość kału rozcierał dokładnie z niewielką ilością wody i otrzymywał zawiesinę, którą, nie sączoną, rozcieńczał wodą (do 100 c.³ dla rozcieńczenia Nr 1; biorąc z niego 5 c.³ przenosił do 100 c.³ wody i w ten sposób otrzymywał rozcieńczenie Nr 2). Z takich rozcieńczeń przenosił Stern na agar jedną lub kilka kropel zapomocą pipetki, której 23 krople = 1 c.³ Ilość bakteryi obliczano po 4—6 dniach. Prócz powyższego sposobu Stern posługiwał się jeszcze do badań wpływu środków przeciwgnilnych na bakterye w jelitach inną metodą, a mianowicie zapomocą wprowadzania prątka krwawego *(b. prodigiosus)* do przewodu pokarmowego. Sposób ten pomijamy, jako bardzo kłopotliwy, dający jeszcze mniej dokładne wyniki i wyjaśniający właściwie wpływ środków przeciwgnilnych na prątka krwawego, a nie na bakterye, stale znajdujące się w przewodzie pokarmowym.

Fürbringer postępował zupełnie inaczej: nabierał on do 2 uszek platynowych kału, przenosił to do 10 c.³ wody i z tego przenosił 5 uszek do probówek z płynną żelatyną. Ilość kału, użytą do jednego badania, obliczał Fürbringer w przybliżeniu na 0,008 mg.

Gilbert i Dominici brali po 0,01 gr. kału, rozcieńczali w 100 c.³ wody i stąd $^1/_{10}$ c.³ płynu przenosili do żelatyny znajdującej się w rurkach Wurtza.

Salkowski rozcierał całą ilość kału z wodą, której dodawał do 2 litrów; 1 c.³ tego płynu rozcieńczał, dolewając wody do 100 c.³ Z tego I. rozcieńczenia brał 5 c.³ i znów dolewał wody do 100, a powtórzywszy to jeszcze raz otrzymywał rozcieńczenie Nr 3. Z każdego z tych 3 rozcieńczeń używał Salkowski do zasiewu po 1 c³.

Kumagawa wreszcie 1 gr. kału rozcieńczał 100 c.³ wody i w ten sposób otrzymywał rozcieńczenie Nr 1, stąd 1 c.³ przenosił do naczynia z 100 c.³ wody (to było rozcieńczenie Nr 2), a powtarzając to raz jeszcze otrzymywał rozcieńczenie Nr 3. Do zasiewu na żelatynie używał po 1 kropli z każdego rozcieńczenia.

Oczywiście wszystkie używane przez tych autorów naczynia, przyrządy, woda — były wyjaławiane.

My użyliśmy sposobu postępowania cokolwiek od wszystkich powyższych odmiennego, a mianowicie: Z całej ilości oddanego stolca braliśmy po 3—5 gr. kału z różnych miejsc i rozcieraliśmy dokładnie w wyjałowionej miseczce. Z uzyskanej w ten sposób jednostajnej masy odważaliśmy 1 gr., który znów rozcierano przy stopniowem dolewaniu jałowej wody (do 100 gr.). Taka zawiesina służyła nam jako rozcieńczenie Nr I. Aby otrzymać drugie rozcieńczenie braliśmy wyjałowioną pipetką (jedną) 2 krople i przenosiliśmy do 10 gr. wody jałowej (Nr II). Następnie przenosiliśmy na żelatynę z Nr I. jedną (2) kroplę, a z Nr II. (jedną) 2 krople również zapomocą pipetki. Używane do tego bardzo cienkie, włoskowate pipetki stale dawały równe

[2]) Helvetius, Neukrantz, Truppel, Restelli et Gaetano Strambio, Gorochowcew, Savory, Falk, Briquet, Starke, Biur, a ostatnio Sternberg.

krople. 70 kropel roztworu Nr I. ważyło 1 gr.; również jeden gram ważyło 80 kropel rozczynu Nr II., cośmy niejednokrotnie sprawdzali. Obliczanie kolonii w płytkach Petriego następowało po 48 godzinach. Na podstawie wyżej wymienionych danych nie trudno obliczone na płytkach kolonie sprowadzić w stosunek do 1 miligrama kału. Sposób, którego używaliśmy, jest od innych nieco mniej kłopotliwy przy naszych warunkach pracy, nie będąc, jak przypuszczamy, mniej od innych sposobów dokładnym.

Ogółem badaliśmy kał co do ilości zawartych w 1 miligramie bakteryi w 26 przypadkach: 1) w 10 przypadkach badaliśmy kał przed i po seryi lewatyw z mleka kwaśnego przesączonego; 2) w 8 przypadkach określaliśmy ilość bakteryi w kale przy dyecie zwykłej i przy wprowadzaniu do dyety mleka kwaśnego zwykłego; 3) w 8 przypadkach zamiast zwykłego mleka kwaśnego używaliśmy mleka, zakwaszonego (laktobacyliną) sposobem Miecznikowa.

W pierwszej seryi przypadków postępowaliśmy w taki sposób: przed rozpoczęciem doświadczenia obliczaliśmy ilość bakteryi w kale (2—3 razy). Następnie badany otrzymywał przez szereg dni (3—6) lewatywy z kwaśnego mleka, które przed użyciem było nagrzane do 30⁰ i przesączone przez rzadkie, grube płótno. Każda lewatywa zawierała od 300 do 1000 cm. płynu; utrzymywano ją od 15 minut do kilku godzin. Ponieważ ilość lewatyw, ilość wprowadzonego płynu i czas utrzymania różniły się znacznie, więc w każdym z poniżej przytoczonych przypadków te okoliczności zaznaczamy. Po ostatniej lewatywie czekaliśmy na pierwsze stolce, które same odejdą i w nich obliczaliśmy ilość bakteryi. Badane osoby otrzymywały przez cały czas jednostajną dyetę.

I. M., liczba dziennika 120. *Hysteria.* Dnia 19. i 20. I. 1907 r. ilość bakteryi na żelatynie w 1 miligramie kału określeno na 441.056 i 359.856; średnio wypada 440.456. Dnia 21. I. wlano *per rectum* 1 litr mleka kwaśnego przesączonego o kwaśności 65; utrzymane 35 minut; nieprzyjemnych objawów prócz kruczenia w brzuchu nie było. Dnia 22. I., 23. I. 24. I. 25. I. 26. I. wlewano również po 1 litrze j. w.; lewatywa utrzymywana po 60 minut. (Kwaśnośc mleka wahała się 65—85). Dnia 27. I. i 28. I. ilość bakteryi w 1 mil. kału = 157.437 i 214.800; średnio 186.116. Dyeta: Rosół, kompot, jarzyna, 4 bułki, 5 mlek słod.

II. K., l. dz. 82. *Neurosis ventriculi.* D. 8. i 9. XII. 1906 ilość bakteryi w 1 miligr. kału = 62.475 i 71.600; średnio 670.37'5. Dnia 9. XII. wlano *per rectum* 1 l. mleka kwaśnego przesączonego o kwaśności 65; utrzymywał 15'; bolów nie miał. Dnia 10. XII, 11. XII, 12. XII, 13. XII, 14. XII. stosowano mleko kwaśne j. w.; utrzymywał 30'—45'; wahanie kwaśności mleka od 65—80. Dnia 14. i 15. XII. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 21.420 i 17.850; średnio 19.635. Dyeta: 4 mleka słodkie, rosół, 4 jaja, legumina, 3 bułki, jajecznica.

III. C., l. d. 64. *Ulcus ventriculi.* Dnia 28. i 29. XI. 1906 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 357.000 i 393.800; średnio = 375.400. Dnia 29. XI. wlano *per rectum* 1 l. mleka kw. przes. o kw. 65; utrzymała 6 godzin; parcia, ani bolów nie było. Dnia 30. XI. j. w. utrzymała 2 godziny; 1. XII, 2. XII, 3. XII. j. w. utrzymywała 1½—2 godzin; kwaśność wahała się między 65—75. Dnia 4. XII. i 5. XII. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 71.400 i 93·080; średnio 82.240. Dyeta: 3 mleka sł., rosół, 4 jaja, 3 bułki, kawa biała.

IV. B., l. dz. 71. *Hysteria.* D. 28. i 29. XI. 1906 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 35.700 i 35.800; średnio 35.750. Dnia 29. XI. wlano *per rectum* 1 l. mleka kwaśnego przes. o kwaśności 70; utrzymała 1½ godziny; dnia 30. XI. i 1. XII. j. w., utrzymywała 60'; kwaśność oba razy była 65. Dalszych wlewań zaniechano z powodu bolów. Dnia 2. XII. i 3. XII. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 24.990 i 42.960; średnio 33.975. Dyeta: 5 mlek sł., rosół, mięso, legumina, jarzyna, 4 bułki, kawa biała.

V. F. L., dz. 60. *Colitis ulcerosa.* Dnia 17. i 18. XI. 1906 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 303.800 i 325.500; średnio 314.650. D. 18. XI. wlano *per rectum* 300 ctm. mleka kwaśn. przesączonego, o kwaśności 65, utrzymał 10'; odczuwał parcie; d. 19. XI. j. w. utrzymał 20'; d. 20. XI, 21. XI, 22. XI' i 23. XI. j. w. utrzymywał po 30'—35'. D. 24. i 25. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 21.700—22.568; średnio 22.134. Dyeta: kura w potrawce, 4 herbaty, 6 jaj, omlet, kleik, rosół.

VI. K., l. dz. 59. *Neurasthenia.* D. 17. i 18. XI. 1906 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 217.000 i 282.100; średnio 249.550. D. 18. XI. wlano *per rectum* 1 l. mleka kwasn. przes. o kwaśności 65; utrzymał 2 godziny; żadnych przykrych objawów nie było. D. 19. XI, 20. XI, 21. XI, 23. XI. j. w. utrzymywał 2—3 godziny, kwaśność mleka wahała się 70—80. D. 24. XI. i 25. XI. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału wynosi 10.850 i 15.190; średnio 12.970. Dyeta: Rosół, mięso, herbata, legumina, jarzyna, 4 bułki, 2 mleka słodkie.

VII. A. R., l. dz. 11. *Hysteria.* D. 8. XI. i 9. XI. 1906 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 260.400 i 316.820; średnio 288.610. D. 9. XI. wlano *per rectum* 1 l. mleka kwaśnego przes. o kwaśności 70; utrzymała 2 godziny. Wzdęcie brzucha znaczne. Dnia 10. XI, 11. XI, 12. XI. j. w. utrzymywała 2—3 godzin; kwaśność mleka 65—70. Dnia 13. XI. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 11.284 i 13.020; średnio 12.152. Dyeta: 2 mleka sł., rosół, mięso, legumina, jarzyna, 4 jajka, 4 bułki.

VIII. P., l. dz. 118. *Hysteria.* D. 19. I. i 20. I. 1907 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 517.293 i 716.000; średnio 616.646'5. D. 21. I. wlano *per rectum* 1 l. mleka kw. przesącz. o kwaśności 70; utrzymała 20' bez przykrych objawów. D. 22. I. j. w. utrzymała 20', bole silne, wzdęcie żołądka. D. 23. I. j. w. utrzymała 30' bole i wzdęcie, wskutek czego dalsze stosowania lewatyw przerwano. D. 24. I. i 25. I. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 506.047 i 572.200; średnio 539.123'5. Dyeta: rosół, pieczeń, legumina, kompot, 4 bułki, jarzyna, 5 mlek słodkich.

IX. S., l. dz. 142. *Ptosis ventric. et aterosis valv. sem. et bicusp.* D. 4. II. i 5. II. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 562.275—1,002.400—902.160; średnio 822.278. D. 6. 2. wlano *per rectum* 1 l. mleka kw. przes. o kwaśności 70, utrzymał 1½ godziny, bolów nie było. D. 7. II. j. w. utrzymał 1½ godz., kwaśność była 65, w nocy silne bole i wzdęcie. D. 8. II. j. w. utrzymał 3 godziny, żadnych bolów nie było; 9. II. j. w. utrzymał 1 godzinę, w nocy bole i wzdęcie; 10. II. j. w. utrzymał 1 godz., i z powodu bolów zaniechano wlewań. D. 10. II. i 11. II. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 224.910—429.600—572.800; średnio 409.103. Dyeta: 2 mleka sł., rosół, 4 jaja, legumina, jajecznica, 3 bułki, 2 mleka słodkie.

X. S. C., l. dz. 36. *Neurosis sensitiva ventriculi.* D. 2. XI. i 3. XI. 1906 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 581.000 i 784.000; średnio 682.500. D. 3. XI. wlano *per rectum* 1 l. mleka kw. sącz. o kwaśności 90; utrzymał 2 godziny. D. 4. XI, 5. XI, 6. XI, 7. XI. j. w. utrzymał 2 godziny. D. 8. XI. i 9. XI. ilość bakteryi w 1 mil. kału = 222.600, 168.000; średnio 195.300. Dyeta: rosół, mięso, legumina, 4 bułki, 4 mleka sł., 2 herbaty.

Nb. W dyetach jedna porcya mięsa waży 10 dekagr.; 1 porcya płynów = ⅓ litra; bułka 7½ dekgr., legumina 4½ dekagr.

Z otrzymanych wyników widzimy, iż w dwóch przypadkach, gdzie lewatywy były znoszone bardzo źle i stosowano je tylko 3 razy, ilość bakteryi nie zmieniła się prawie zupełnie; w innych atoli wpływ tych zabiegów jest dosyć wyraźny: w dwóch przypadkach ilość bakteryi obniżyła się mniej więcej do połowy poprzedniej ilości; w dwóch drugich do jednej trzeciej; w jednym do $^1/_5$; w jednym do $^1/_{15}$; w jednym do $^1/_{20}$ i w jednym do $^1/_{24}$. (C. d. n.)

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

(Ciąg dalszy.)

Z 38 badanych przypadków w 21-ym, gdzie białkomocz uciskowy był nieznaczny i osad nie ulegał zmianom, uwa-

żałem nerkę za zdrową. Dzięki wyjątkowo szczęśliwemu zbiegowi okoliczności rozpoznanie mogło być w 2 przypadkach stwierdzone przez operacyę. W pierwszym przypadku, który poniżej opiszę szczegółowo, był duży guz na lewej nerce (ropień nerki przyrody gruźliczej), operowany przez dra M. S. Czeremuchina (patrz L. 20) i nieco ruchoma (II. stop.) prawa nerka. Obmacywanie prawej nerki (20. II.) wywołało niewielki stosunkowo białkomocz (zwiększenie ilości białka od 0,33‰ do 0,66‰), przyczem skład osadu nie zmienił się. Wnosiłem stąd, że nerka ta jest zdrowa. 8. III. wycięto lewą nerkę, a 11. III. mocz przy badaniu okazał się zupełnie przejrzystym i bez żadnych śladów białka.

Drugi przypadek jest o tyle ciekawy z punktu widzenia rozpoznawczego, że pozwalam sobie przytoczyć historyę choroby w całości.

III. Chora A. Z., 28-letnia, zgłosiła się na oddział chirurgiczny szpitala imienia W. Ks. Aleksandra w Kijowie 24. III. 1906 roku ze skargami na częste bole kurczowe w prawym boku, na które cierpi od 2½ lat. Mocz bywa czasami mętny.

Budowa i odżywienie niezłe. Zabarwienie błon śluzowych prawidłowe. Płuca i serce bez zmian. Wątroba i śledziona nie powiększone. Na wysokości pępka z prawej strony czuć twardy, ruchomy szczególnie ku górze, dość bolesny guz wielkości prawie dwu pięści, podobny do nerki. Mocz nie zawiera białka, w osadzie kryształy szczawianu wapniowego, krwinki białe i nabłonki płaskie. Wobec skarg chorej na kurczowe bole w boku, zwiększenie, stwardnienie i bolesność nerki i wobec znalezienia w osadzie kryształów, przypuszczano kamicę nerkową i zalecono chorej operacyę. 27. II. zbadałem mocz przed i po uciskaniu prawej nerki, otrzymałem nieznaczny białkomocz (0,033% białka), osad zaś nie uległ zmianom. 1. III. uciskanie prawej nerki dało takiż wynik (białka 0,066%). Wobec tych danych wnosiłem, że obie nerki są zupełnie zdrowe.

2. III. Operacya: »Cięcie według Bergmana ukośne od 12. żebra do środka więzadła Pouparta. Rozcięto otrzewną, by obejrzeć lewą nerkę. Zapomocą wprowadzenia ręki wymacano lewą nerkę, stwierdzono, że jest ona prawidłowej wielkości i twardości, nieco obniżona. Zaszyto otrzewnę. Przez cięcie lędźwiowe wydobyto prawą nerkę. Torebka tłuszczowa dobrze rozwinięta. Nerka nieco powiększona i twardsza, barwa jej prawidłowa, nie wygląda chorobliwie. Miedniczki niezajęte, nie są również rozszerzone. By lepiej wyjaśnić stan nerki, rozcięto ją wzdłuż, przyczem nie wykryto w miąższu sprawy chorobowej. Cięcie w nerce zaszyto. Jasnem było, że mamy przed sobą nerkę ruchomą, którą też przyszyto trzema szwami, przechodzącymi przez okostną XII. żebra i cały miąższ nerki«. (Wyjątek z historyi chor. oddziału chirurgicznego).

W osadzie moczu spostrzegałem dwojakiego rodzaju zmiany: 1) zwiększenie się ilości pewnych składników postaciowych osadu, 2) zjawienie się nowych składników postaciowych. Zwiększenie się ilości składników może w jednych wypadkach być znaczne, w innych zaś nieznaczne. Przypadki, w których wystąpiło znaczne zwiększenie się ilości składników są szczególnie ciekawe z punktu widzenia rozpoznawczego, gdyż niekiedy mogą dać wyraźne wskazówki co do sprawy chorobowej w nerkach, a więc: znaczne zwiększenie się ilości ciałek białych wskazuje stanowczo na obecność sprawy ropnej w nerkach. Jako przykład przytaczam tu przypadek, w którym, dzięki tylko uciskaniu nerki, wykryłem sprawę ropną w miedniczce (w tabl. I. L. 8).

IV. Chory B. G., 25-letni, zgłosił się 1. I. 1906 r. do kliniki terapeutycznej ze skargami na ból w lewej połowie brzucha, który rozpromieniał się w kierunku prawej nogi. Cierpi od 5. XII. 1905 r. Według słów jego cierpienie rozpoczęło się od silnej gorączki i zatwardzenia, potem wystąpił ból w lewym boku i wzdęcie brzucha. Mocz oddawał chory w ilości nieznacznej. Przed chorobą miał wiewióra z obfitą wydzieliną. W 19 roku życia przebył dur. W jesieni co rok cierpi na zimnicę (mieszka w Astrachaniu, trudni się połowem ryb). Od 18 lat pijał wódkę często i obficie, w ostatnich zaś czasach picia zaprzestał. Kiły nie miał. Gruźlicy w rodzinie niema.

Znaczne charłactwo, skóra z łatwością wyciąga się w fałd. Skóra i błony śluzowe blade z nieznacznym żółtawym odcieniem. Gorączkuje (C. około 39° C.). Serce i płuca bez widocznych zmian. Brzuch nieco wzdęty. Wątroba i śledziona niemacalne; górny brzeg śledziony leży w linii pachowej na wysokości 7-go żebra. W lewej górnej części jamy brzusznej macalny, miękki, gładki, bardzo czuły na ucisk guz, o zaokrąglonym dolnym brzegu, który wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego. Guz porusza się przy oddechu, przyczem górny brzeg pozostaje ukryty w lewem podżebrzu. Guz wyraźnie porusza się przy uciskaniu na okolicę nerkową; okolica ta przy oględzinach nie wypukla się w sposób widoczny. Uderzenie w okolicę nerkową bardzo bolesne. Opukiwanie stwierdza w okolicy nerkowej odgłos bębenkowy. Mocz (zebrany w ciągu doby), jasno-żółty, oddziaływa mocno kwaśno i zawiera 0,033‰ białka. W osadzie dużo śluzu, wałeczków śluzowych, po 10—12 ciałek ropnych w każdem polu widzenia, często spostrzegać się dają nitki wiewiórowe, zawierające nieznaczną ilość ciałek ropnych. Dwoinek Neissera nie wykryto. Na zasadzie gorączki, wyraźnej bolesności okolicy nerkowej lewej, bolesności wyczuwanej nerki, obecności w moczu śladów białka, zwiększenia się ilości śluzu, dość znacznej ilości ciałek ropnych, przypuszczano ostrą sprawę nieżytową w miedniczce lewej nerki.

6. I. Dokonałem lekkiego uciskania lewej nerki. Mocz przed uciskaniem zupełnie przeźroczysty, zawiera nieznaczne ślady białka (< 0,033‰). W osadzie nieco śluzu i nabłonki płaskie. W 12 minut po uciskaniu zebrałem 13 sz. c. płynu mlecznego, zawierającego 3,3‰ białka, w którym drobnowidowo stwierdziłem wyłącznie tylko ciała ropne i miazgę rozpadową. Wykryłem dwoinki Neissera.

Druga porcya moczu (po 27 minutach 18 cent. sz.) bardzo mętnego zawierała białka 0,66‰; trzecia porcya (po 42′—27 c. sz.) słabo mętna, zawierała 0,33 prc. białka. Po upływie godziny od chwili badania mocz (4. porcya sz. c. 36) prawie przeźroczysty, zawierał 0,033‰ białka.

Wynik badania moczu po uciskaniu nerki przemawiał za zapalnym stanem miedniczki nerki lewej pochodzenia wiewiórowego ze znaczną zastoiną ropową w miedniczce. Zaleciłem choremu sztuczną wodę alkaliczną (3—4 szklanek dziennie), dyetę, leżenie, odżywianie się i t. d.

Dalszy ciąg choroby był najzupełniej pomyślny. Ciepłota 21. II. (t. j. po 20 dniach od zgłoszenia się do kliniki), spadła do wysokości prawidłowej, choremu przybyło wagi (13,24 kilo, czyli około 32 f). Ból w lewym boku ustąpił. Co 3—4 dni w celu kontroli dokonywałem uciskania nerki (ogółem 21 razy) i od 12. II. już nie otrzymywałem ropy. Uciskanie wywoływało wydzielanie się nieco mętnego moczu, a tylko 2 razy 22. II. i 4. III. otrzymałem pierwszą porcyę mętniejszą. O ile nie uciskano nerki, nie spostrzegano, by mocz był bardzo mętny i zawierał ropę (mocz zbierano porcyami do naczyń pojemności 100 sz. c.).

Wypadek ten ciekawy jest jeszcze dlatego, iż poucza wyraźnie, że uciskanie nerki, nawet w sprawach ostrych, jest zabiegiem zupełnie nieszkodliwym, a odniosłem nawet wrażenie, iż uciskanie to wpływało poniekąd dodatnio na przebieg choroby.

Drugi przypadek, w którym dzięki zwiększeniu ilości ciałek białych po uciskaniu nerki rozpoznałem w niej sprawę ropną, był stwierdzony przez operacyę.

V. Chora A. J., służąca, l. 44. W lutym 1906 zgłosiła się do Maryackiego szpitala Czerwonego Krzyża z powodu guza w lewej stronie jamy brzusznej. Guz ten po raz pierwszy spostrzegła chora w sierpniu 1904 roku, kiedy był on wielkości kurzego jaja. Zwiększając się stopniowo, dosięgnął guz w dniu wstąpienia do szpitala wielkości główki płodu. Chora uskarża się na ból w lewej okolicy lędźwiowej, który występuje podczas uciąźliwej pracy. Oddawanie moczu nieco bolesne, częste moczenie. W moczu nie spostrzegała chora ani krwi, ani też ropy. Ciepłota przez cały czas była prawidłowa. W ostatnim czasie chora znacznie straciła na wadze. Przed 10 laty przebyła dur. Płucnych chorób nie miała. Krwioplucia także. Ojciec umarł z suchot. Z siedmiorga dzieci pozostało przy życiu i zdrowiu czworo, troje zaś umarło z chorób gorączkowych.

Budowa ciała i odżywienie dobre. Tętno 72 na minutę. Ciepłota 36,8° C. Błony śluzowe blade. Gruczoły chłonne nie powiększone. Płuca i serce bez zmian widocznych. Brzuch nieco wzdęty, ściany jego wiotkie, nieznaczny rozstęp mięśni prostych. Odgłos opukowy na brzuchu wszędzie bębenkowy i nieco tylko stłumiony na lewej stronie powyżej linii pępkowej. Twardy, nieco zaokrąglony brzeg wątroby przy wolnem oddychaniu wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego. Górny brzeg wątroby (opukiwaniem) w linii sutkowej prawej na wysokości 6. żebra. Przy badaniu obu rękami, poza wątrobą wymacać można brzeg nerki, który szybko usuwa się ku górze. Śledziona macalna przy leżeniu na prawym boku: jej brzeg twardy, okrągły przy wdechu wysuwa się na 1 palec z pod łuku żebrowego. Okrężnica macalna wyraźnie prawie na całej długości miękkiego wałka. W okolicy kątnicy przy obmacywaniu kruczenie. W jamie brzusznej z lewej strony powyżej linii pępkowej miękki, przy oddychaniu ruchomy, nieco bolesny guz wielkości głowy dziecięcej. Dolny brzeg dosięga linii pępkowej, wewnętrzny nie dochodzi na 3 palce do linii środkowej ciała, ku górze kryje się guz w lewem podżebrzu. Przy uciskaniu na okolicę nerkową guz wyraźnie porusza się. Uderzanie okolicy nerkowej sprawia ból, wypuklenia tej ostatniej nie spostrzegłem.

Przed uciskaniem mocz mętny zawiera 0,033‰ białka, w osadzie 15—20 ciałek białych w polu widzenia i nabłonki płaskie.

Po upływie 20′ po uciskaniu prawej nerki otrzymałem 5 sz. c. moczu mętnego, zawierającego 0,66‰ białka, w osadzie to samo, co i przed uciskaniem. W 20′ po uciskaniu guza (z lewej strony) około 10 sz. c. płynu śmietankowatego, białka 4‰; w osadzie bardzo dużo ciałek ropnych i miazgi rozpadowej.

W preparatach z osadu moczowego, zebranego przed i po uciskaniu guza, po zabarwieniu sposobem Ziehl-Neelsena i Gramma żadnych drobnoustrojów nie wykryłem.

Rozpoznanie. Znaczne zmiany w składzie moczu po uciskaniu guza, leżącego z lewej strony, świadczą, iż jest on nerką. Ropomocz, wywołany przez uciskanie, świadczy o sprawie ropnej w nerce (roponercze). Nieznaczny białkomocz uciskowy w prawej nerce bez zmian w osadzie wskazuje, iż jest ona zdrową.

8. III. Operacya (dr M. Czeremuchin). Przez cięcie lędźwiowe (bez resekcyi żebra); wyłuszczono guz lewostronny, który okazał się bardzo zmienioną nerką; wymiary jej: długość 24 sz. cm., największa szerokość 12 cm., grubość 9 cm. Barwa nerki żółtawo-blada, na powierzchni widać miejscami guzki. Po przecięciu anatomicznem nerki okazała się miedniczka znacznie rozszerzoną; wyciekło z niej około 250 sz. cm. płynnej ropy. Zapomocą nacięć wykryto także cały szereg ognisk ropnych wielkości od laskowego orzecha do włoskiego, z których każde zawierało gęstą zielonkawo-żółtą ropę i masy serowate. Tkanki nerkowej pozostało niewiele przy wnęce ku tylnej powierzchni. W miedniczce wykryto kamień z rozgałęzieniami w postaci drzewa, którego jeden koniec był przymocowany do ujścia moczowodu, dwa zaś inne końce były skierowane ku wnętrzu miedniczki, jeden w kierunku dolnego, drugi w kierunku górnego jej bieguna. Oprócz tego w miedniczce wykryto inny jeszcze kamień wielkości ziarna fasoli.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Po 8 dniach wyjęto szwy, rana zabliźniła się doraźnie. Po 2 tygodniach chora wyszła ze szpitala zupełnie wyleczona.

Mocz na trzeci dzień po operacyi był zupełnie przejrzysty i nie zawierał nawet śladów białka.

Znaczne zwiększenie się ilości krwinek czerwonych po uciskaniu nerki spostrzegałem *a)* przy kamicy, *b)* przy nowotworach.

Dla przykładu przytoczę 1 przypadek kamicy i dwa przypadki nowotworów nerkowych.

VI. J. Zoł., 41 l., krawiec, 2. I. 1906 r. zgłosił się do kliniki ze skargami na częste kurczowe bole w krzyżu i prawym boku, rozpromieniające się do okolicy pachwinowej i prawego jądra, 2—3 razy tygodniowo spostrzegał w moczu krew i długie krwawe skrzepy. Krwotok bywa bez określonej przyczyny, towarzyszą mu wyżej opisane bole; krwotok trwa niedługo, 1—2 godzin, czasami już następna porcya moczu (po ½ godzinie) nie zawiera wcale krwi. Pierwszy krwotok był przed rokiem. Cierpi na bole w krzyżu już od lat 20, ale mocz aż do czasu pierwszego krwotoku był zupełnie czysty. Przymiotu, ani wiewióra nie miał nigdy; nie nadużywa wyskoku. Nigdy nie kaszlał. Gruźlicy w rodzinie niema. Dzieci (10) i żona zdrowe.

Budowa i odżywienie dobre. Ciepłota prawidłowa. Serce i płuca bez zmian widocznych. Brzuch nieco wzdęty. Wątroba i śledziona niemacalne. Podczas głębokiego wdechu z pod łuku żebrowego prawego wysuwa się brzeg prawdopodobnie prawej nerki, okrągły, gładki, dość twardy i bardzo bolesny. Uderzanie prawej okolicy lędźwiowej sprawia dość znaczny ból.

Badanie krwi wykryło: Hemoglobiny 75 prc. (według Gowersa), krwinek czerwonych 5,500.000, białych 3600 (Stosunek 1: 1529); czerwone krwinki układają się w ruloniki; różnokształtności krwinek czerwonych, mikrocytemii i krwinek czerwonych, zawierających jądra, nie wykryłem. Mocz mętnawy, mocno kwaśny, zawiera 0,66‰ białka. W osadzie bardzo dużo krwinek białych, 5—10 czerwonych w polu widzenia, czasami nabłonki płaskie i zrzadka szczawiany. Dokonałem kilkakrotnego (5) uciskania prawej nerki. Po 15′ otrzymałem około 28 sz. cm. krwawego płynu z kilku długimi (10—15 cm.) skrzepami krwi, grubości pióra gęsiego, który zawierał 6·6‰ białka. W osadzie dużo białych i czerwonych krwinek, czerwonych jednak więcej, dość dużo kryształków szczawianowych, gdzieniegdzie nabłonki płaskie.

Powyżej opisany charakter bolów kurczowych w prawym boku, bolesność okolicy tej przy uderzaniu, wzmożona bolesność przy uciskaniu nerki, szybkie zjawianie się i takież znikanie krwi w moczu, duża ilość w nim krwinek czerwonych i kryształów szczawianu wapniowego wobec dobrego odżywienia chorego i prawidłowej ciepłoty, przemawiały za kamicą prawej nerki.

Dalszy przebieg potwierdził rozpoznanie. Choremu zalecono spokój i sztuczne wody alkaliczne (do 4 szklanek dziennie). Stan chorego polepszył się nieco; bole w boku i krwotoki stały się rzadsze. Podczas jednego z krwotoków (24. III.) dokonano badania wziernikiem pęcherzowym. Okazało się, iż krew sączy się z prawego moczowodu. Wobec przypuszczenia możliwości sprawy gruźliczej w nerce, kilka (7) razy badałem mocz w celu wykrycia laseczników Kocha, jednak zawsze z wynikiem badania. ujemnym. W ciągu całego pobytu chorego w klinice (od 2. I. do 15. IV. 1906 r.) ciepłota pozostawała prawidłową, i choremu znacznie przybyło na wadze (20 funtów), co przemawia także przeciwko gruźlicy i nowotworowi złośliwemu.

Po pierwszem uciskaniu (3. I.), kiedy wydzieliło się w moczu kilka długich skrzepów, prawej nerki nie można już było wymacać, nawet przy głębokim wdechu aż do 23. I, kiedy nerkę zdołałem znowu wymacać i dokonać paru lekkich ucisków na dolną jej część; wynik otrzymałem taki sam, jak 3. I; chory oddał znacznie krwawy mocz z długimi skrzepami. Później nerki nie można już było wymacać. (Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Littauer. **Operacye pod ochroną gaudaniny podług Döderleina.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 21). Zakażenie przyranne bardzo często bierze początek z okolicznej skóry. By drobnoustrojów, znajdujących się w skórze, do rany nie dopuścić, podano wiele sposobów. Za najodpowiedniejszy i najlepszy uważa L. sposób Döderleina, polegający na posmarowaniu skóry gaudaniną, która składa się z rozczynu paragummi w formanbenzynie z dodatkiem formanceteru aż do zawartości 1 prc. formaliny. Gaudanina tworzy na skórze nieprzepuszczalną powłoczkę, którą L. zostawia aż do wygojenia się rany. Po 2—3 tygodniach odpada ona sama. Skórę odkaża L. w ten sposób, że na dzień przed operacyą po ogoleniu kładzie okład 1 prc. formaliny. Przed operacyą myje skórę 1 prc. formalinbenzyną, potem wyciera jodyną, a w końcu smaruje gaudaniną, sypiąc na nią wyjałowiony proszek łojku. Sposób ten wypróbował L. przy 60 laparotomiach i jak najgoręcej go poleca. *Klęsk.*

Pletieniow. **W sprawie wyjaławiania jedwabiu.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 14). Autor gotuje doraźnie jedwab w ciągu 10 minut w glicerynie przy 175°, potem przepłukuje go w wyskoku i eterze, wyjmując jedwab po zupełnem wyschnięciu. Pod wpływem tego postępowania jedwab staje się mocniejszym 1½ razy i zupełnie jałowym. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Kuttner. **Technika leczenia krwawień nosowych.** (*Zeitschr. f. ärztl. Fortb.* Nr 2, 1907). Najczęstszem miejscem krwawienia jest przednia część przegrody nosowej (*locus Kieselbachii*); miejsce to można łatwo obejrzeć przez podniesienie końca nosą do góry. Autor od lat 20 tamuje krwawienia z nosa

zapomocą podługowatych tamponików z waty (rzadko gazy), zmoczonych w 10 prc. wodzie utlenionej. Chory ma zachowywać położenie półsiedzące z głową nieco tylko ku tyłowi wspartą. Tamponiki należy pozostawić, jeśli krwotok ustał, co najmniej jeszcze przez 6—8 godzin. Jeśli mimo zatamponowania krew przecieka, należy tamponiki wyjąć i wkroplić do nosa 10—15 kropli wody utlenionej lub adrenaliny, albo suprareniny; gdy teraz krwotok chwilowo ustanie, należy obejrzeć jamę nosową i wyszukać miejsce krwawiące, następnie to miejsce starannie zatamponować. Tamponiki mogą pozostać 24—48 godzin, o ile występuje gorączka, bole głowy, wymioty. Rurkę Belocquea stosować należy, gdy miejsce krwawiące leży tak blisko nozdrzy tylnych, że skuteczny ucisk wprowadzonego tamponika jest niemożliwy. *B. Żmigród* (Rymanów).

Böcker. **Operacyjne leczenie kręczu** (*torticollis*) **mięśniowego.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 16). Na mocy doświadczenia zebranego w klinice Hoffy poleca autor w leczeniu kręczu głównie częściowe wycięcie mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Sposób ten daje o wiele pewniejsze wyniki, niż otwarte przecięcie, podane przez Volkmanna. W 2 przypadkach spostrzegano w klinice Hoffy przy kręczu przykurczenie mięśni pochyłych i wykonano na nich przecięcie ścięgien. *Klęsk.*

Hofmann. **Przemieszczenie mięśnia najdłuższego uda jako środek umocowujący po wycięciu kolana.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 15). By zapobiedz wyginaniu się nogi ku tyłowi po wycięciu stawu kolanowego (*genu recurvatum*), zaleca autor przemieszczenie mięśnia krawieckiego (podług Schanza) ku przodowi i umocowanie go do mięśnia czworogłowego. W ten sposób można też postępować przy porażeniu mięśnia czworogłowego. Mięsień krawiecki działa wtedy jako wyprężacz nogi. *Klęsk.*

Samter. **Urazowe powstawanie i operacyjne leczenie porażenia mięśnia zębatego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 21). Porażenie mięśnia zębatego po urazie powstaje przy uszkodzeniu nerwu piersiowego długiego. Nastąpić to może z różnych przyczyn. Na jedną z nich, nie uwzględnianą, zwraca S. uwagę, t. j. na zgniecenie nerwu między żebrem a wyrostkiem kruczym przy przesunięciu się łopatki. Wiele wrodzonych wadliwych ustawień łopatki należy tylko do tego odnieść. Leczenie polegaćby mogło na plastyce nerwów lub mięśni. Wobec trudnych warunków anatomicznych jednakże jedynie plastyka mięśni ma podstawę. Dokonał też jej autor z bardzo dobrym wynikiem (po 11 miesiącach trwania porażenia), przedzieliwszy mięsień piersiowy na 2 części i przyczepiwszy dolną połowę do dolnego kąta łopatki po nakarbowaniu brzegu najszerszego mięśnia grzbietu. Już po 12 dniach znikło wadliwe ustawienie łopatki, ramię podnosiła chora swobodnie do góry. W razie braku wyniku leczniczego, n. p. przy leczeniu elektrycznością, nie należy więc przy porażeniu długo zwlekać z operacyą. *Klęsk.*

Lange. **Ulepszenie sztucznych ścięgien.** (*Zeitschr. f. orth. Chirurg.* T. XVII). Zastępowanie ścięgien sztucznie jedwabiem ma tę wadę, że jedwab gotowany w wodzie wywołuje często ropienia, jedwab zaś sublimatowy pobudza wydzielanie. Autor celem usunięcia tych niedogodności napawa jedwab wysuszony po wygotowaniu w sublimacie gotującą się parafiną. *Klęsk.*

Kablukow. **Postrzały trzonu kości długich bez złamania.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* 1907, Z. 10). Na zasadzie opisanych przypadków dochodzi K. do następujących wniosków: 1) Istnienie postrzałów trzonu kości długich bez całkowitego złamania nie ulega wątpliwości. 2) Postrzały takie zdarzają się nietylko od nowoczesnych pocisków karabinowych pancernych (objętych twardym płaszczem), lecz także, choć znacznie rzadziej, od miękkich ołowianych kul szrapnelowych. 3) Uszkodzenia takie bez złamania nie zależą od głębokości, na jaką pocisk wwierca się w kość. Kule pancerne mogą utkwić w różnej głębokości, a nawet przebić poprzecznie na wylot kość długą, nie wywołując mimo to całkowitego złamania; miękkie kule szrapnelowe mogą nie wywołać złamania, przebiwszy połowę kości i utkwiwszy w jamie szpikowej. 4) Od nowoczesnych kul pancernych mogą niewątpliwie powstawać także takie uszkodzenia trzonu kości długich, przy których, wbrew dotychczasowemu mniemaniu, niema pęknięć szczelinowatych kości. Stwierdzono to zarówno zapomocą promieni Röntgena, jak i badając kość bezpośrednio przy zabiegach operacyjnych celem wyjęcia kuli. Kule szrapnelowe mogą przy wlocie postrzału wywołać odpryśnięcie bardzo małych kawałeczków kości, nie wywołując jednak ani złamania, ani pęknięcia szczelinowatego. 5) Wszystkie takie uszkodzenia stanowią odrębną grupę: postrzałowych przedziurawień kości długich bez złamania i pęknięcia. 6) Uszkodzenia takie są wśród postrzałów kości niewątpliwie najlżejsze, gdyż przebiegają prawie bez odczynu miejscowego i ogólnego. Powikłania (nawet śmiertelne) zdarzają się prawie tylko wtedy, gdy współcześnie uległo uszkodzeniu pobliskie większe naczynie. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Albers-Schönberg. **Wdmuchiwania tlenu do stawu kolanowego i pęcherza moczowego.** (*Pos. Tow. lek. w Hamburgu* 30. IV. 1907). Tlen wdmuchuje się do stawu kolanowego pod ciśnieniem $^1/_2$—1 atmosfery przyrządem Wollenberga. Już w kilka sekund staw jest wypełniony. Zdjęcia röntgenowskie takiego stawu wypadają doskonale i oddają bardzo wyraźnie nawet drobne zboczenia, jak zgrubienie torebki maziowej, zranienie chrząstek półksiężycowych, przewlekłe zmiany stawu, gruźlicę, myszki stawowe i t. p. Podobnież zdjęcia pęcherza, napełnionego tlenem, dają bardzo wyraźne obrazy n. p. drobnych nawet kamyków. Pęcherz napełnia się pod ciśnieniem 1 atmosfery, poczem prącie zawiązuje się drenem. Niestety nie można zaprzeczyć, że jak dotąd sposób ten nie jest wolny od niebezpieczeństw; opisano przypadki zejścia śmiertelnego przy badaniu, zdaje się wskutek zatoru tlenem. *Klęsk.*

Hildebrand. **Postrzały klatki piersiowej, a napięcie powłok brzusznych.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 18). Na mocy swego doświadczenia twierdzi autor, że napięcie powłok brzusznych spotkać można także nieraz i przy postrzałach klatki piersiowej bez zranienia trzew brzusznych. Przyczyną jest zapewne przebieg anatomiczny nerwów międzyżebrowych. Wynika z tego, że napięcie powłok brzusznych nie może być samo przez się wskazaniem do otwarcia brzucha po urazie w sąsiedztwie. *Klęsk.*

Lenhartz. **Leczenie ropni okołokątniczych prostem nakłuciem.** (*Pos. Tow. lek. w Hamburgu* 14. V. 1907). L. poleca gorąco nakłucie ropni okołokątniczych, zamiast nacięcia. Unika się przez to występującego czasem przy lub po zwykłej operacyi rozlanego zakażenia otrzewnej, skraca się czas gojenia i zapobiega się powstawaniu przepuklin; nadto następowe usunięcie wyrostka jest o wiele łatwiejsze z powodu braku blizn. Od r. 1905 leczył w ten sposób L. 287 chorych, z których 6 prc. umarło. *Klęsk.*

Groedel. **Zastosowanie promieni Röntgena do rozpoznawania cierpień żołądka i do badania morfologii i fizyologii żołądka.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22). Żołądek badać można promieniami Röntgena pusty lub napełniony. Przy badaniu żołądka pustego używa się do pomocy zgłębnika, wprowadzenia rtęci, śrutu, lub bizmutu w postaci zawiesiny lub bułeczek z bizmutem podług Riedera. O wiele pewniejsze wyniki daje jednak badanie żołądka całkowicie napełnionego. W tym celu podaje się choremu jakąś masę kaszowatą (ziemniaki, kaszę, ryż i t. p.) z 40—50 gramami bizmutu. Bizmut odchodzi zwykle niezmieniony z kałem. Następowe prześwietlania lub zdjęcia rentgenowskie pokazują wyraźnie kształt, ruchy i zachowanie się żołądka, zmiany jego kształtu przy zmianie położenia ciała i t. p. Rentgenizacyę uważa G. za jeden z najcenniejszych sposobów badania żołądka. *Klęsk.*

Hertle. **Zranienia jelit i krezki ciałami tępemi.** (*Beitr. z. klin. Chir.* Tom 53, Zeszyt 2). Na podstawie materyału kliniki chirurgicznej w Gracu dochodzi H. do następujących wniosków: Najodporniejszą jest błona śluzowa. Pęknięcia po urazach tępych występują najczęściej naprzeciw przyczepu krezki, a potem przy jej przyczepie. Jelito pęka wskutek zgniecenia, oderwania, lub silnego rozdęcia. Poprzecznie pękają najczęściej górne pętle jelita czczego. Pęknięciu nie zawsze towarzyszy wstrząs. Przypuszczać należy pęknięcie jelita, gdy w drugiej dobie liczba tętna nie opada, lecz wrasta. Ból jest objawem niestałym; natomiast prawie z reguły spotyka się napięcie powłok, brakuje go tylko w przypadkach, połączonych ze silnym wstrząsem. W pierwszych 12 godzinach wykonana operacya ratuje prawie wszystkich chorych, w drugich 12 połowę, potem daje już małe szanse wyleczenia. Zwykle wystarcza zeszycie jelita, wycina się je zaś w razie rozległych pęknięć, oderwań lub zgnieceń. *Klęsk.*

Omi. **Dalsze doświadczalne badania w sprawie operacyi Talmy.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 53, Z. 2). Na mocy doświadczenia klinicznego i badań na zwierzętach radzi O. prócz typowej operacyi Talmy, o ile na to stan chorego pozwala, stwarzać i inne uboczne krążenia przez równoczesne umocowanie sieci, nerek, śledziony i t. p. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

W. Piltz. **Bliźniaki we wspólnej owodni z zapętleniem i zawęźleniem pępowin.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1907, Nr 2). Wspólna owodnia przy ciąży mnogiej zdarza się rzadko (1: 10.600).

Do dokładnie opisanych 44 przypadków dołącza P. swój. Po porodzie pierwszego płodu w położeniu czaszkowem, żywego, wezwano położną, która stwierdziła zewnętrznie drugi płód w jamie macicznej, wewnętrznie zaś nie napotkała pęcherza płodowego, tylko wprost rączkę we wchodzie miednicy. Drugie wody płodowe nie odeszły po porodzie pierwszego płodu. Wezwany lekarz nie stwierdził tętna płodowego. Wśród silnych bólów nastąpił poród drugiego płodu w położeniu miednicowem, nieżywego. Po pół godz. odeszło pojedyncze łożysko. Płody płci jednakiej, dobrze rozwinięte. Płód drugi obumarł wśród porodu. Łożysko okrągłe, bez śladu podziału po stronie matczynej lub płodowej, bez nakarbowania, wagi 1000 gr., grubości 2 cm.; obie pępowiny przyczepione środkowo w odległości 6 cm. od siebie, okręcone w pewnem oddaleniu od łożyska około siebie, tworzą węzeł. Błona owodna i jagnięca pojedyncze, dają się wszędzie oddzielić od siebie. Naczynia obu pępowin tworzą liczne powierzchowne połączenia. Schultze sądzi, że w tych przypadkach rozwija się od początku wspólna owodnia ponad dwoma, w tej samej błonie zarodkowej powstałymi zawiązkami, a Bumm podaje odpowiedni schemat. Strassmann tłómaczy różne rodzaje ciąży bliźniaczej jednojajowej przez oddalanie się obu otoczek na pęcherzyku zarodkowym. Inni przyjmują pierwotnie dwie owodnie, których przegroda, mało odporna, zanika pod wpływem różnych bodźców, jak przedarcie, zapalenie. *B. Wojciechowski.*

Hugo Salus. **Gorączka w ciąży.** (*Wiener med. Wochs.* Nr 23, 1907). S. opisuje przypadek przez siebie spostrzegany, ciekawy nietyle ze względu na przyczynę, która wywołała gorączkę w ciąży, ile na towarzyszące jej zmiany w częściach rodnych wewnętrznych. Pierwiastka młoda, dotąd zawsze zdrowa, dostaje nagle w 7. miesiącu ciąży 20 minut trwającego dreszczu i wysokiej gorączki powyżej 40° C. Na 3. dzień ponowny, $^1/_2$ godziny trwający dreszcz z bardzo wysoką gorączką. Między pierwszym a drugim napadem ciepłota i tętno prawidłowe. Badanie stwierdziło w okolicy kiszki ślepej wypełnienie i oporność bez wybitnej bolesności i ciążę 7-miesięczną. Mocz świeżo oddany bez śluzu i białka, zawiera sporo indykanu i wydaje woń siarkowodorową. Po wysokich lewatywach z ciepłego rumianku oddała chora obfity zbity stolec. Po 2 dniach znów silny dreszcz i częste bole dołem. Badaniem przez pochwę stwierdzono, że ujście zewnętrzne rozwarło się na szerokość dłoni, pęcherz stojący, z główką w miednicy, wobec czego sądził S., że poród jest w toku i przygotował też wszystko do rozwiązania chorej. Jednakże dreszcz ustąpił, bole stopniowo słabły i w końcu ustały; chora codzień po wysokich lewatywach oddawała bardzo obfite stolce. W 3 miesiące potem poród prawidłowy. W połogu znów oddaje chora wielkie masy kału. W 6 lat potem drugi poród. Chora przez cały ten czas była zupełnie zdrowa. Przyczyną dreszczu i wysokiej gorączki były w tym przypadku zalegające w jelitach masy kału. Ciekawszy jednakże jest przypadek ten ze stanowiska położniczego, mianowicie ze względu na to, że w następstwie gorączki powstały u pierwiastki bole porodowe, ujście zewnętrzne macicy rozwarło się na szerokość dłoni, szyjka zanikła tak, że przypuszczano poród przedwczesny, atoli po ustaniu bodźca część pochwowa uformowała się na nowo, ujście wewnętrzne macicy zamkło, a ciąża dobiegła do prawidłowego kresu. *Engländer.*

C. J. Gauss. **Technika oszołomienia skopolaminowo-morfinowego w położnictwie.** (*Zentr. f. Gyn.* 1907, Nr 2). Chore doznają wprawdzie w średniem uśpieniu wrażeń zmysłowych (*perceptio*), lecz nie zatrzymują ich w pamięci (*apperceptio*). Przy mniejszej dawce wraca pamięć wrażeń, przy zbyt wielkiej znika. Dla celów położniczych należy utrzymać rodzącą w stanie uśpienia średniego. Celem sprawdzenia stopnia uśpienia poddaje lekarz chorą w pewnej chwili jakiemuś wrażeniu, a po 20—40 minutach zapytuje, stosując je powtórnie, czy sobie je chora przypomina. Jestto jedyny sposób ustalania dawki, różnej w każdym przypadku. Jako te wrażenia próbne t. zw. »znaki« nie nadają się takie, które, jak np. bole porodowe, zbyt często po sobie następują. Po wstrzyknięciu 0·0003 (względnie 0·00045) skopolaminy + 0·01 morfiny przekonujemy się, czy chora pamięta znak, dany w godzinę po wstrzyknięciu, 35 minut później. Jeżeli tak, to stosuje się drugą takąż dawkę skopolaminy, lecz bez morfiny, — w razie zaś utraty pamięci czeka się tak długo, aż próba zaczyna wskazywać na jej powrót. Tak postępując, potrzeba średnio dla osiągnięcia pożądanego stopnia odurzenia 0·00075 skopolaminy i 0·01 morfiny. Niejednokrotnie musi się dojść aż do dawki 0.0012 skopolaminy. Trwanie działania dawki różne, 1—2 godzin, u innych o połowę krótsze. Działania zbiorowego (kumulującego) nie zauważono. Przez usuwanie silnego światła, szmerów i t. d. można osiągnąć potrzebne oszołomienie przy mniejszych dawkach. Podawanie większych i częstszych dawek wpływa źle na przebieg porodu i na płód. Wstrzykiwania należy rozpocząć, gdy już bole osiągnęły pewien wyraźny stopień nasilenia. Nie należy kierować się wrażeniami bolu, ale jedynie próbą pamięci rodzącej. *B. Wojciechowski.*

Preller. **Przypadek powtórnego cięcia przyłonowego u tej samej chorej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1907, Nr 2). Wieloródka, z miednicą krzywiczo-płaską, ze sprzężną prawdz. około 7·25 cm., rodziła 5 razy; — z tego 3 razy ukończono poród wymóżdżeniem, 2 razy zaś (2. i 3.) urodziły się dzieci żywe, lecz wątłe, jedno z nich zmarło zaraz po porodzie, drugie po 5 latach. Gdy szósty poród trwał już 22 godzin, a główka pozostała ruchomą, wykonano cięcie przyłonowe. Płód 3100 gr. Po roku stwierdzono znowu ciążę. Końce odłamków przepiłowanej kości cokolwiek jeszcze przesuwalne przy silnym ucisku. Wymiary miednicy jednakie, tylko wymiar grzebieniowy (*d. cristalis*) o $^1/_2$ cm. większy. Po 17-godzinnem wyczekiwaniu cięcie przyłonowe po przeciwnej stronie, według Döderleina, trudny obrót i wydobycie płodu lekko omdlałego, który docucono. Waga 3820 gr., obwód główki 36 cm. Wyleczenie zupełne. — Na powtórne cięcie przyłonowe godzą się chore znacznie łatwiej, niż na powtórne cięcie cesarskie. Z lekarskiego punktu widzenia jestto zabieg o wiele lżejszy od cięcia cesarskiego. Wprawdzie nie wskazuje dotychczasowe doświadczenie, aby po cięciu przyłonowem można się spodziewać porodu siłami przyrody, jak o tem wiemy co do cięcia łonowego, lecz za to szybki powrót do zupełnego zdrowia przemawia na korzyść cięcia przyłonowego. Drugie cięcie przyłonowe należy wykonywać po stronie poprzednio nieoperowanej. *B. Wojciechowski.*

Bossi. **O przeciągającej się ciąży.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 1). B. utrzymuje, iż przeciągająca się ciąża, przekraczająca granicę fizyologiczną 285 dni, trafia się u 2—3 prc. ciężarnych, a więc znacznie częściej, niż dotąd mniemano. Płód takiej ciąży jest dłuższy, kości, zwłaszcza czaszki, są zbitsze i twardsze, cała zaś czaszka większa wywołuje niestosunek porodowy, dający powód do zabiegów operacyjnych (pubiotomia). *O.*

Thorn. **Brak miesiączki u kobiet karmiących.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 1). T. utrzymuje na podstawie swej statystyki, że brak miesiączki u karmiących jest rzeczą częstszą i naturalniejszą, aniżeli miesiączkowanie, i przeczy zapatrywaniom Heila i Essen-Möllera, którzy regularne miesiączkowanie takich kobiet uważają za stan fizyologiczny. Wnioski tych trzech autorów opierają się na bardzo skąpej statystyce. *O.*

Gauss. **W sprawie leczenia rzucawki przez obłuszczenie nerek.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1907, Nr 19). G. opisuje 2 przypadki rzucawki, wyleczone przez obłuszczenie nerek z torebki. W jednym wykonano najpierw operacyę kleszczową, a potem zdjęcie torebki, w drugim najpierw zdjęto torebkę, a potem po 17. napadzie ukończono poród cięciem pochwowem. Spostrzeżenia te wskazują, że obłuszczenie nerek wspólnie ze sztucznym porodem dadzą prawdopodobnie najlepsze wyniki lecznicze. *Klęsk.*

Stähler. **Dwa cięcia cesarskie pochwowe, wykonane w domu prywatnym z powodu rzucawki.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 7). Autor opisuje dwa przypadki ciężkiej rzucawki, w których musiał poród kończyć cięciem pochwowem Dührssena, z wynikiem pomyślnym. Uważa on ten zabieg za technicznie łatwiejszy i łagodniejszy, aniżeli rozszerzanie rozszerzadłem Bossiego. *O.*

Thorn. **Przyczynek do techniki próbnego wycięcia.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 7). W celu ułatwienia lekarzom praktycznym próbnego wycięcia z części pochwowej przy przypuszczeniu raka, opisuje i podaje T. rycinę przyrządu, przez siebie obmyślonego. Przyrząd ma kształt kulociąga, zakończonego mechanizmem, podobnym do tego, jaki służy do obcinania cygar. *O.*

Gallatia. **Przypadek miejscowej gruźlicy macicy, przydatków i otrzewnej u położnicy z zejściem śmiertelnem.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 4). U tej chorej rozpoznawano zakażenie połogowe, dopiero sekcya stwierdziła: płuca prawidłowe; stare zmiany gruźlicze macicy i przydatków obok świeższych otrzewnej i jelit. G. podkreśla, iż mimo tak znacznych i starych zmian gruźliczych kobieta ta zastąpiła i donosiła. *O.*

Nenadovics. **Sposób Biera w ginekologii.** (*Gyn. Rundschau* Nr 9, 1907). Przyrząd autora, przedstawiony w Tow. ginek. w Wiedniu, umożliwia dowolne stosowanie na macicę przekrwienia biernego i czynnego (rycina). *O.*

XXXVI. Zjazd Chirurgów niemieckich w Berlinie.

(Sprawozdanie »Przeglądu lekarskiego«).

Napisał **Dr Radliński.**

(Ciąg dalszy, por. Nr 23.)

Fraugenheim (Królewiec) widzi przyczynę zaniku szyjki kości udowej po jej złamaniu w tem, że istota gąbczasta przy złamaniu ulega pokruszeniu daleko poza linią złamania. Zanik taki występuje zarówno u osób starych, jak i u młodych.

Schulze (Bonn) sądzi, że dobre wyniki można otrzymać zapomocą wyciągu wyłącznie osiowego, bez kłopotliwych wyciągów bocznych.

Schlange (Hannower). Gdy prawidłowe ustawienie odłamków rękami przez skórę się nie udaje, przechodzi S. niezwłocznie do obnażenia cięciem przedniem podłużnem odłamków i zestawia je narzędziami. Nierówności powierzchni złamania przeważnie wystarczą do utrzymania uzyskanego odprowadzenia bez pomocy szwu kostnego. S. unika ściśle dotykania palcami rany i kości.

Körte (Berlin) zaznacza, że t. zw. metoda Bardenheuera pochodzi właściwie z Ameryki; zasługę B. stanowią wprowadzone do niej ulepszenia.

Ostatni z tematów głównych **„O wycięciu sterczu“** referował Kümmel (Hamburg). Zabieg ten, często dokonywany w Anglii, Ameryce i we Francyi, w Niemczech nie jest jeszcze popularny. Sam K. dokonał szeregu operacyi Bottiniego, próbował trzebienia i wycięcia przewodów nasiennych; obecnie porzucił wszystkie te półśrodki dla zabiegu doszczętnego, wycięcia gruczołu krokowego. Za wskazania do wycięcia sterczu uważa K. konieczność ciągłego używania cewnika, krwawienia, kamienie, przewlekły silny nieżyt. Nie należy operować przy znacznej miażdżycy naczyń, zupełnym zaniku kurczliwości pęcherza, powikłaniach w zakresie miedniczek i nerek, wreszcie u ludzi osłabionych, w razie silniejszego przewlekłego nieżytu oskrzeli. Z metod operacyjnych za lepszą uważa K. nadłonową, ponieważ lepszy jest dostęp i oświetlenie pola operacyjnego, ponieważ można znaleźć i usunąć kamienie, i ponieważ rzadziej powstają przetoki i niemoc płciowa wskutek uszkodzenia przewodów nasiennych. Metodę kroczową stosuje K. tylko u ludzi bardzo otyłych, lub jeżeli gruczoł krokowy silnie wpukla się do odbytnicy. Zaznacza trudność przedoperacyjnego rozpoznania raka sterczu, który jednak zdarza się często; sam na 41 przypadków wycięcia sterczu znalazł raka 9 razy. Przy raku operacya bywa trudna, rokowanie co do nawrotów bardzo niepomyślne. Śmiertelność operacyjna wogóle 10 prc. Wyniki czynnościowe są dobre: zdolność utrzymania moczu przez 4—6 godzin, dowolne opróżnianie pęcherza; czasem powstają następowe zwężenia bliznowate na miejscu operacyi.

Wullstein (Halle) podaje odmianę cięcia nadłonowego w celu lepszego udostępnienia dna pęcherza i sterczu. Odmiana ta polega na wytworzeniu ze spojenia łonowego płata kostnego, który odchyla się ku górze. (Krajewski 1900. *Przyp. spraw.*). Pęcherz otwiera W. cięciem poprzecznie łukowatem. Przed operacyą wypełnia pęcherz powietrzem, po operacyi zostawia w moczowodach cewnik stale na 1—3 dni, dając ranie pęcherza warunki dogodne do sklejenia się. Zwraca uwagę, że w obecnym dwupiętrowym szwie pęcherza drugie piętro rozluźnia pierwsze, i że błędnem jest porównywanie zewnętrznej warstwy ściany pęcherza z błonami surowiczemi i nakładanie na nią szwu typu Lemberta. Swój dwupiętrowy szew pęcherza nakłada W. w sposób następujący. Cięcie łukowate prowadzi przez połowę grubości ściany pęcherza i w tej warstwie odpreparowuje z warstwy mięsnej płat łukowaty aż do cięciwy łuku. Wzdłuż cięciwy przecina pozostałe warstwy pęcherza (linia prosta). Zeszywa najpierw linię prostą cięcia, przykrywa ją płatem i drugiem piętrem szwu i umocowuje płat na dawnem miejscu.

W dyskusyi Völker (Heidelberg) mówi o 32 przypadkach Czernego, operowanych metodą kroczową (3 zejścia śmiert., 21 dobrych wyników czynnościowych). Jeden z wyleczonych przez wycięcie sterczu popełnił potem samobójstwo.

Goebell (Kiel) uważa resekcyę przewodu nasiennego za zabieg, zapobiegający wtórnemu zapaleniu jąder. Metodę nadłonową poleca dla przypadków z kamieniami i przewagą przerostu płata środkowego sterczu; metodę kroczową w razie wypuklania się sterczu do odbytnicy. Zaleca staranne leczenie nieżytu pęcherza przed operacyą, oraz wczesne wstawanie chorych po zabiegu.

Roerink (Fryburg w B.) zaleca nie zarzucać operacyi Bottiniego, niewątpliwie wystarczającej w wielu przypadkach.

Rydygier (Lwów) opisuje treściwie swój sposób wewnątrztorebkowej resekcyi sterczu od strony krocza. Oprócz innych dodatnich stron sposób ten najmniej wystawia na niebezpieczeństwo zniszczenia przewodów nasiennych i następczej niemocy płciowej.

Quervain (Berno) jest zwolennikiem metody nadłonowej, podnosząc dobre wyniki czynnościowe po operacyi. O ile się nawet zeszywa pęcherz, w żadnym razie nie należy zaniedbać sączkowania przestrzeni Retziusa.

Rumpel (Berlin) podnosi znaczenie cystoskopii przy wyborze metody kroczowej lub nadłonowej. Przypadki przerostu pierścieniowatego nadają się bardziej do operacyi nadłonowej. R. zaleca częste płukanie (5—6 razy dziennie) pęcherza po operacyi. U operowanych widywał R. stany psychiczne, zbliżone do melancholii; dwóch popełniło samobójstwo.

Israel (Berlin) na wielką liczbę chorych, dotkniętych przerostem sterczu, tylko w 19 przypadkach uznał za potrzebne wycięcie tego gruczołu. Metodę nadłonową uważa za dogodniejszą. Zabiegi na narządach nasiennych zarzucił, jako bezskuteczne. Ranę nadłonową tamponuje lub sączkuje; zeszywa co najwyżej sam pęcherz. Cewnik na stałe.

Rovsing (Kopenhaga) wychodzi z założenia, że przy przeroście sterczu należy zwalczać nie sam przerost, ale zatrzymanie moczu i jego skutki. Na 150 przypadków dokonał zaledwie w 15 zupełnych lub częściowych wycięć gruczołu; zresztą zaś stosuje i zaleca nadłonową przetokę pęcherza (*cystostomia suprapubica*) z cewnikiem, który wypada zmieniać zaledwie około 10 razy na rok. Przy tej metodzie śmiertelności pooperacyjnej niema wcale, chorzy są zadowoleni ze swego losu i nie dostają melancholii, opisywanej po wycięciach, a nawet po zniszczeniu gruczołu przez sprawę wiewiórową. — Przeciw zakładaniu przetok nadłonowych przemawia Kümmell, nazywając ten sposób tylko zamianą jednej choroby na inną.

Oprócz tematów głównych omawiano na Zjeździe między innemi sprawy następujące:

Lexer (Królewiec): **O operacyi idealnej tętniaków tętniczych i tętniczo-żylnych.** Za postępowanie idealne uważa L. przywrócenie po usunięciu tętniaka drożności wielkich naczyń zapomocą szwu naczyniowego W razie zbyt dużej przerwy można przeszczepiać kawałki żył, wzięte z innej okolicy. W ten sposób unikamy niebezpieczeństwa zgorzeli kończyny po podwiązaniu głównego pnia tętniczego. L. opisuje swoje przypadki, leczone zapomocą szwu naczyniowego. W jednym chodziło o tętniak podkolanowy (szew tętnicy okolnej), w drugim o tętniak pachowy (przeszczepienie kawałka żyły odpiszczelowej [*saphena*]).

Petrow (Petersburg) zwraca uwagę, że główną tętnicę kończyny przy tętniaku można bezkarnie podwiązać, o ile po uciśnięciu jej ponad tętniakiem, siła tętna poniżej tętniaka nie nazbyt słabnie. To napięcie tętna mierzyć można przyrządem Riva-Rocciego. Brak znacznego spadku napięcia tętna dowodzi, że wytworzyło się dostateczne krążenie oboczne. (Dok. nast.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 15. maja 1907.

Przewodniczący prezes kol. Rosner. Obecnych członków 28.

1) Protokół przyjęto.

2) Doc. Lemberger przedstawia wynik badania chemicznego mączki odżywczej dla dzieci wyrobu p. Gurgula, której skład jest identyczny ze składem tego rodzaju mączek, wyrabianych za granicą. Uchwalono przetwór ten polecić.

3) Kol. prym. Bogdanik interpeluje komisyę redakcyjną w sprawie artykułów »O szpitalnictwie«, umieszczonych w »Przegl. lek.« Po odpowiedzi prof. Ciechanowskiego, jako autora, oświadcza prezes, iż mimo, że sprawa należy do posiedzenia administracyjnego, gotów jest komitet na jednem z najbliższych posiedzeń odpowiedzieć na interpelacyę.

4) Prof. Kader przedstawia *a*) chorego **po wycięciu sterczu**, *b*) chorego po **resekcyi jelit z powodu nowotworu** pętli esowatej, *c*) chorą po **resekcyi 280 ctm. jelita cienkiego i kątnicy z powodu gruźlicy**, *d*) chorego po operacyi z powodu **przewlekłej niedrożności jelit.**

W dyskusyi *ad a*) zabierali głos koledzy: Rapaport, Borzęcki, Ciechanowski, Kader, *ad d*) Wachtel, Bogdanik i Kader.

5) Dr Steuermark miał wykład p. t. **Zasady i wskazania nowoczesnej rentgenoterapii** (rzecz przezn. do druku).

Uroczyste posiedzenie w d. 29. maja 1907 dla złożenia hołdu pamięci prof. Henryka Jordana.

Na posiedzenie przybyli tłumnie członkowie Towarzystwa i lekarze, w dniu tym przebywający w Krakowie. Zebrani wysłuchali stojąc przemówienia prezesa, kol. prof. Rosnera, który na wstępie podniósł, że z każdym dniem widać dokładniej ogrom straty, jaką przez śmierć ś. p. Jordana ponieśliśmy. »Wieść o śmierci ś. p. Jordana była tak niespodziewana i tak wstrząsająca, że spontaniczny wybuch żalu przyćmiewał zdrowy sąd o tym niezwykłym człowieku. Kiedy umiera człowiek zacny, ale mały, niewyrastający ponad przeciętną miarę, wówczas spostrzegamy ze smutkiem, że toczące się w nieznaną dal życie zaciera nam z przerażającą szybkością jego postać — maleje ona z dniem każdym — i znika, »tonie w niepamięci piasku«. Zupełnie inaczej, jeśli opłakujemy człowieka, wyrastającego ponad zwykłą miarę. »Jak cień tem dłuższy, gdy pada z daleka« tak w miarę oddalenia, występuje potężniej cała wielka niecodzienna postać ś. p. Jordana«. Przebiegłszy następnie w krótkich słowach życie ś. p. Jordana »pełne walk, dalekie od wszelkiej banalności« i scharakteryzowawszy działalność ś. p. Jordana na różnych polach, podnosi mowca, że »błędnem jest widzieć Jordana w dwóch postaciach: jako lekarza i jako działacza społecznego. Przeciwnie: lecząc, będąc lekarzem, tak w klinice, jak i przy łóżku chorej, miał on zawsze na myśli dobro społeczeństwa, był pracownikiem społecznym, ale i odwrotnie, stwarzając niespożyte swoje prace społeczne — był lekarzem. I oto powód, dlaczego na nas wszystkich, na cały stan lekarski polski spadała część tej chwały, jaką otoczył swoje nazwisko«. »Czy kiedy dbał o fizyczny i duchowy rozwój młodzieży, czy kiedy tworzył w myśli domy robotnicze dla tych, którzy »dźwigają cierniową koronę codziennej troski nad zbladłą w łzach twarzą«, Jordan był w najobszerniejszem słowa znaczeniu lekarzem. Umiał też być lekarzem lekarzy, kiedy całą serdeczną myśl swoją i cały swój wielki rozum poświęcał w Tow. Samopomocy dobru lekarzy i ich rodzin«. »S. p. Jordan był człowiekiem pod każdym względem niezwykłym. To, co innych ludzi łamie, jemu dodawało skrzydeł, to co u innych wytwarza egoizm i pychę, pobudzało go do myśli altruistycznych. Śmierć jedynego syna i ciężka nieuleczalna choroba żony stały się punktem wyjścia jego prac dla społeczeństwa. Wielkie uznanie i objawy czci, jakie go otaczały, kazały mu myśleć nie o tem, co stworzył, ale o tem, czego jeszcze nie zrobił. Dzieła jego rodziły się z miłości. Kochał ojczyznę, dla której gotów był zawsze wszystko poświęcić, kochał młodzież, kochał robotnika, i w tej miłości tworzył swoje dzieła«.

»Hołd wdzięcznej pamięci dłużni Mu są nietylko ci, których bezpośrednio obdarzył, ale i my wszyscy. Myślą swoją i pracą podnosił wielu, do zwątpienia skłonnych, i bezwiednie natchnął niejednego szlachetną myślą służenia społeczeństwu, gdyż, jak mówi poeta: »Myśl, która dobru powszechnemu służy, wiedzie za sobą duchów zastęp duży, jak łańcuch w niebo lecących żórawi«. Wszyscy też chcąc, czy nie chcąc, świadomie, czy nieświadomie, wzbogacaliśmy swojego ducha, czerpiąc z tej skarbnicy bogactw ideowych, jaką ten jeden człowiek swoją pracą zasilał, gdyż

»Cichych poświęceń nieustanna praca
»I serc szlachetnych dobroć promienista
»Powszechny skarbiec duchowy wzbogaca
»Z którego każdy czerpie i korzysta«.

»Ze skarbca tego czerpać będziemy długo i my i nasi następcy. Pamięć wielkiego lekarza polskiego żyć będzie w nas i wskazywać nam będzie »nowe działań pola««.

Na znak żałoby po przemówieniu tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Najlepszy stan i największe postępy były w obu miastach stołecznych; Kraków jednak przodował (do r. 1903) o tyle, że gdy we Lwowie w r. 1902/3 z 35 szkół miejskich tylko 14 miało budynki własne, 11 mieściło się częścią we własnych, a częścią w wynajętych, zaś 10 w wynajętych, przeważnie nieodpowiednich lokalach, to w Krakowie w tymże roku z 25 szkół tylko 3 mieściło się w lokalach wynajętych, znaczna przeto większość (nawet po odliczeniu 4 drewnianych baraków szkolnych) miała budynki odpowiednie. Zresztą oba miasta energicznie zmierzają do zupełnej poprawy stosunków, szybko stawiając nowe wzorowe budynki. Z końcem roku 1903/4 potrzeba było we Lwowie już tylko 8 nowych gmachów szkolnych (za 2·5 miliona koron); w Krakowie rozpoczęto w tymże roku budowę 2 nowych szkół, zrywając ostatecznie z budową baraków drewnianych, mających wiele stron ujemnych; w tymże roku zyskało odpowiednie pomieszczenie krakowskie seminaryum nauczycielskie męskie ze szkołą ćwiczeń, — w roku poprzednim powstały dwa wzorowe budynki dla większych szkół prywatnych (gminy ewangielickiej i Sióstr Bożej miłości).

Na prowincyi stosunki są bardzo rozmaite. Niektóre powiaty mają budynki szkolne z małymi wyjątkami pod względem higienicznym bez zarzutu (Biała, Kałusz, Lisko 1901/2), lub stawiają szybko dobre budynki (Gorlice), nieraz z niezwykłą ofiarnością (z funduszów powiatowych zbudowano w tłumackiem w jednym r. 1902 7 wielkich szkół kosztem prawie 200.000 K.); w innych natomiast stosunki są bardzo opłakane, a poprawa ich bardzo powolna, lub niema jej wcale, bądź z powodu ubóstwa ludności (Mielec), bądź indolencyi władz autonomicznych. Ubogiej ludności przychodzić zaczyna z pomocą Sejm; w r. 1903 uchwalono na zasiłki na budowę szkół 400.000 K., co jednak, jak słusznie zauważa Rada zdrowia, jest zbyt mało. Indolencya władz autonomicznych oburza i wymaga napiętnowania. Tak np. »w powiecie wadowickim gminy były skłonne budować, ale nie wykorzystano w należytym czasie ich dobrych chęci, obecnie zaś, gdy tymczasowe pomieszczenie jest jakietakie, trudno znaleźć pieniądze na nowe budowle« (1901/2). »Przeważnie liche« budynki szkolne wymienia Sprawozdanie z r. 1901/2 w pow. bobreckim, borszczowskim, drohobyckim (w samym Drohobyczu szkoła wydziałowa męska rozrzucona jest w pięciu budynkach, z tych 3 są bardzo wilgotne), grodeckim, jasielskim (tylko w 11 szkołach przypada na ucznia więcej niż 3 m.³ powietrza, w 15 poniżej 2 m.³, w jednej nawet tylko pół metra!), jaworowskim, kolbuszowskim, kołomyjskim, krośnieńskim, mieleckim (połowa szkół, mianowicie drewniane), mościskim (18 gmin z ludnością 8916 niema żadnej szkoły, 13 gmin z ludnością 5979 korzysta ze szkół gmin sąsiednich, tylko 43 gmin ma szkoły publiczne, a 4 prywatne pokątne, które muszą być z konieczności cierpiane, a utrzymywane są dobrowolnemi składkami włościan), nowotarskim (grzyb), peczeniżyńskim (tylko trzy szkoły są dobre), rawskim, samborskim, śniatyńskim, starosamborskim (połowa gmin niema wcale szkół), turczańskim, wadowickim, złoczowskim. W powiecie brodzkim były w r. 1903 takie stosunki, że w 45 szkołach jednoklasowych wypadało na ucznia średnio tylko 1·68 m.³ przestrzeni, a w 27 dwuklasowych nawet tylko 1·2, gdzieniegdzie jeden metr. Są miejscowości, gdzie nie pozostawało nic innego, jak szkoły zamknąć (Żabie, Stary Sambor 1901/2). Budynki szkolne, nawet nowe (pow. nowotarski 1901/2) w wielu miejscowościach są niezdrowe wskutek klęski grzyba, opadającego większość budynków drewnianych. To też coraz silniejszy jest prąd do stawiania budynków murowanych. Szkoda, że tabelka z r. 1903, wymieniająca 71 nowo zbudowanych i 13 przebudowanych szkół ludowych, nie podaje, ile powstało murowanych, a ile drewnianych, oraz, ile z nich zbudowano odpowiednio na zasadzie planów, zatwierdzonych przez lekarza urzędowego. Bo ciągle jeszcze niestety zdarza się, i to nierzadko, że stawia się nowe szkoły bez zasięgnięcia opinii lekarskiej (1902: w bocheńskiem, brodzkiem, dolińskiem, horodeńskiem, nowosądeckiem, turczańskiem i t. p.), przez co budynki stają w miejscach nieodpowiednich, budowane wadliwie, bez odpowiednich urządzeń (wychodki, ławki), o które potem trzeba »formalne staczać walki« (1901/2, str. 120). Co do tych urządzeń, to wina

ciąży tu też i na Radzie szkolnej krajowej, w której planach tego nie uwzględniono. Bardzo na czasie było wydanie w r. 1903 szczegółowej instrukcyi dla lekarzy urzędowych, jak mają wydawać opinię przy budowie nowych szkół (Rozp. Nam. L. 16.239), i zawiadomienie o tem wszystkich Rad szkolnych okręgowych. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawozdanie Towarzystwa Samopomocy za r. 1906 zostało rozesłane członkom w ubiegłym tygodniu. Akcyę przeciw kasom majsterskim uwieńczyło uzyskanie od $^5/_6$ lekarzy galicyjskich deklaracyi, że posad w tych kasach nie przyjmą. Przygotowano przekształcenie Towarzystwa w organizacyę ścisłą, któraby mogła być przyjętą do Państwowego Związku organizacyi lek. austr. Ulepszono regulamin Kasy pogrzebowej, przygotowano statut Kasy zaliczkowej lekarzy, ułożono taryfę kosztów podróży, podejmowanych na żądanie Towarzystw ubezpieczeń i sądów, i uzyskano zatwierdzenie tej taryfy przez Izbę lekarską. Założono oddział antykwarski (pośrednictwa w nabywaniu i sprzedaży książek i narzędzi lekarskich). Oto główne prace Wydziału Towarzystwa, nie licząc całego szeregu spraw drobniejszych i stałej czynności w »oddziałach« Towarzystwa. Z »oddziałów« tych kierował ś. p. dr Słapa Kasą zapomogową, którą udzieliła 10 zapomóg w łącznej kwocie 1,400 K, jednej pożyczki (400 K) i subwencyi »Głosowi lekarzy« (500 K). Doc. Braun zarządzał Kasą pogrzebową, która liczy 202 członków, a wypłaciła w r. z. 3 premie pogrzebowe (razem 1,194 K), od założenia zaś, t. j. od r. 1903, wypłaciła 3,726 K. Dr Flis kierował Oddziałem należytości, który załatwił w r. z. spraw 16, odzyskując dla lekarzy 674 K zaległych honoraryów. Wreszcie w ręku dra Zydłowicza spoczywała Administracya znaczków receptowych, której obrót w r. z. dobiegł kwoty 5,459 K, a która do funduszu wdów i sierót za ten jeden rok wniosła 3,400 K. Pomyślne wyniki praktyczne, osiągnięte w tym dziale, sprawiły, że XII. Wiec Izb lekarskich poraz pierwszy nie przeszedł do porządku nad sprawą stempla receptowego, jak to się działo dotąd, lecz przeciwnie, uznał jego wprowadzenie za bardzo pożądane. — Liczba członków Towarzystwa doszła w r. z. do 676, ogólny obrót kasowy 16,874 K, bilans majątkowy zamyka się kwotą 23,724 K (w czem fundusz żelazny 2,430 K, rezerwowy 3,567 K, zapomogowy dla wdów i sierot 8,321 K). — Dołączony do sprawozdania projekt statutu Kasy zaliczkowej zbliża się do zasad warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy z jednej, do ustaw Kas zaliczkowych ogólnych z drugiej strony. Projekt zmiany statutu Towarzystwa Samopomocy wzoruje się na zasadach organizacyi lekarskich w innych krajach austryackich, tworząc Organizacye powiatowe, łączące się w ogólnym Związku krajowym (w razie potrzeby za pośrednictwem Związków obwodowych) i wprowadzając konieczną ścisłość i sprężystość organizacyi zapomocą zobowiązań, składanych przez każdego członka. *R.*

Kasa dla chorych lekarzy we Lwowie odbyła w dniu 25. V. 1907 Walne Zgromadzenie pod przewodnictwem dra Festenburga.

Sprawozdanie sekretarza dra Liliena, przedstawione Zgromadzeniu, stwierdza, że rozwój Kasy w roku ubiegłym postępował powolnie. Przystąpiło członków 20, a to z Galicyi wschodniej 12, z zachodniej 8. Ubyło członków 7, a to 3 przez śmierć, 3 przez wystąpienie, 1 przez wykreślenie wskutek zaległości. Członków z końcem roku 1906 było 177. — Kasa świadczyła w 82 wypadkach choroby łączną kwotą 12,012 K. — Wydział odbył 12 posiedzeń, na których rozpatrywał rozmaite sprawy wątpliwe i sporne. Największe trudności przedstawiała sprawa świadczenia w wypadkach wyjazdu. W dwóch takich wypadkach, gdy Wydział uchwalił odmówić zasiłku, członkowie odwołali się do Sądu rozjemczego, który oba razy rozstrzygnął zgodnie z uchwałą Wydziału. Dla uniknienia dalszych nieporozumień w tym kierunku, rozesłał Zarząd Kasy okólnik do wszystkich członków z wyraźnemi wskazówkami, kiedy i w jakich warunkach Kasa świadczy.

Sprawozdanie skarbnika dra Schellenberga dowodzi, że r. 1906 był dla Kasy mniej pomyślny. Obrót kasowy wynosił 17,893 K, jednakże rzeczywiście pobrane przychody wynosiły 11,234 K, a rzeczywiste rozchody (przy bardzo oszczędnej administracyi) 12,481 K; nadto nie opłacono do funduszu rezerwowego należnych 4,134 K, niedobór o tyle więc jest większy. Czysty majątek Kasy z 3,473 K z końcem r. 1905 zmniejszył się do 1,098 K z końcem 1906. Fundusz rezerwowy wynosił 31. XII. 1906 kwotę 2,142 K, należała mu się prócz tego wspomniana kwota 4,134 K. — Należące się Kasie zaległości wynosiły 2,073 K. — Przedstawiając swe sprawozdanie, zwrócił skarbnik uwagę na niekorzystny stan majątkowy Kasy, wymagający ograniczenia wydatków. — W dyskusyi domagali się dr Korman i Wątorek większego rygoru w ściąganiu zaległości. Przewodniczący oświadczył, że w razie potrzeby ściągać się je będzie sądownie.

Wnioski Wydziału w sprawie zmiany statutu przedstawił wiceprezes dr Stachiewicz. Doświadczenia dotychczasowe okazują konieczność ograniczenia wydatków Kasy. Ograniczenie takie da się uzyskać w pewnej mierze bez dotkliwego uszczuplenia praw członków przez przedłużenie czasu wyczekiwania (karencyi) od chwili wstąpienia i przez zniesienie świadczeń w wypadkach wyjazdu. Referent wnosi zatem zmianę § 2 statutu o tyle, że »nowo wstępujący staje się członkiem Kasy z dniem przyjęcia przez Wydział, a nabywa pełnych praw członka w dwa miesiące po przyjęciu« (Reszta § 2 niezmieniona). — W dyskusyi dr Wątorek sprzeciwił się temu zasadniczo. Wolałby podnieść opłaty, wolałby dokładnie zbadać każdego nowowstępującego przez lekarza zaufanego Kasy, a znieść zupełnie karencyę. Dr Moszkowicz, Skałkowski, Zabłocki uważają karencyę dwumiesięczną za niedostateczną. Dr Zabłocki wnosi zmianę statutu w postaci karencyi trzymiesięcznej. Wniosek dra Zabłockiego przyjęto większością głosów.

Dalszą zmianę statutu wniósł sprawozdawca dr Stachiewicz co do § 8, a mianowicie w następującem brzmieniu: »Wypłata odbywa się dnia 1. i 15. każdego miesiąca tylko po przedłożeniu pokwitowania, widymowanego przez lekarza ordynującego,« (Dalszy ciąg ustępu I. niezmieniony). Dodatek: »Na wyjazdy do kąpiel i sanatoryów, jakoteż w czasie pobytu członków poza ich stałą siedzibą, Kasa zasiłków nie udziela; tylko w razie choroby obłożnej lub w przypadkach, w których dowód zupełnej nieudolności do jakichkolwiek czynności lekarskich da się niewątpliwie przeprowadzić, może Wydział wyjątkowo przyznać zasiłki także podczas pobytu chorego poza miejscem stałego osiedlenia«. (Dalszy ciąg § 8 niezmieniony). Wnioskodawca uzasadnił potrzebę tych zmian na przykładach, zebranych z dotychczasowego istnienia Kasy, podnosząc, że w każdym specyalnym wypadku należy pozostawić rozstrzygnięcie Wydziałowi. — W dyskusyi przemawiali dr Korman, Wątorek, Zabłocki, Fels, Moszkowicz. Wniosek referenta przyjęto większością głosów.

Dr Wątorek wniósł zmianę statutu w tym kierunku, aby wpłaty dotychczasowe i pobory członków uważać za udziały i aby każdemu członkowi wolno było opłacać dowolną ilość takich udziałów z prawem poboru odpowiednio wyższego zasiłku w razie choroby. Wniosek ten uchwalono odesłać do Wydziału. *Ll.*

Ustawę aptekarską z d. 18. XII. 1906, obowiązującą obecnie w Austryi, wraz z rozporządzeniami w sprawie zapisywania i wydawania lekarstw na rachunek funduszów publicznych oraz utworzenia wydziałów kondycyonujących farmaceutów, wydali w dokładnem tłómaczeniu polskiem z obszernemi objaśnieniami Mr. farmacyi B. Jawornicki i adwokat dr Laufbahn. Myślą przewodnią autorów było przedstawić w objaśnieniach punkt wyjścia ustawodawcy i w ten sposób przyjść z pomocą prawną posiadaczom aptek, farmaceutom, lekarzom rządowym, lekarzom utrzymującym apteki domowe, oraz zakładom, mającym prawo prowadzenia własnych aptek. Wszystkim tym osobom i instytucyom może wydanie ustawy w tej formie oddać istotnie wielkie usługi, toteż wydawnictwo pp. Jawornickiego i Laufbahna szybko się wśród nich z pewnością rozpowszechni. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 9. do 15. VI. 1907 doniesiono o 57 nowych przypadkach duru plamistego w 22 gminach, a mianowicie w pow. Buczacz (Porchowa 5), Dobromil (Dobromil 1), Horodenka (Dąbki 4), Kosów (Rybno 24), Lisko (Wołkowyja 1), Nadwórna (Pniów 9), Rawa (Ulicko seredkiewicz 4, Rzyczki 4, Manastyrek 2), Stryj (Stryj 1, Tarnawka 1), Tarnopol (Suszczyn 1); o 2 przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie: Bochnia (Wola batorska 1, zachorowało dziecko bezpośrednio po powrocie z Ameryki), Kałusz (Jasień 1); o 2 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie pow. Brzeżany (Brzeżany 1), Strzyżów (Glinik charzewski 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. do 15. VI. 1907 przypadków: odry 1, płonicy 7 † 1, krztuśca 3, ospicy 3, ospy 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 9. do 15. VI. 1907 urodziło się dzieci żywo 67, nieżywo 8; zmarło osób 56 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 20 (6), zapalenia płuc 6 (1), płonicy 1, krztuśca —, duru brzusznego —. *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 9. do 15. VI. 1907 przypadków: płonicy 2, odry 2, duru brzusznego 3 (w tem obcy 1), nagminnego zapalenia opon 7 † 2. *Z.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Rada miejska uchwaliła 13. VI. b. r. oddać część Placu Aryańskiego pod budowę kliniki neurologiczno-psychiatrycznej. W ten sposób zakończył się okres wstępny tej ważnej sprawy i rozpocznie się okres wykonania. Pragnąć należy, ażeby nastąpiło ono jaknajspieszniej, co przy dobrej woli wszystkich współdziałających czynników nietrudnem będzie.

— Prof. M. L. Jakubowski mianowany został z okazyi przeniesienia w stan spoczynku radcą dworu.

— Prof. dr Bossowski odznaczony został krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa.

— Konkurs na popularną broszurę przeciwalkoholową ogłasza VI Koło Towarzystwa Szkoły ludowej (Kraków, Floryańska 15) z terminem do 31. XII. 1907, a nagrodą 100 K.

— Dyplom doktorski otrzymali p. Salomon Friediker, rodem z Chrzanowa i p. Jan Schneider, rodem z Wadowic.

Lwów. W Towarzystwie higienicznem zawiązała się osobna sekcya szkolna pod przewodnictwem insp. szk. prof. Bruchnalskiego; wiceprezesem sekcyi jest dr Kazimierz Zgórski. Wydawany przez Towarzystwo »Przegląd higieniczny« przekroczył liczbę 500 egzemplarzy; otrzymuje on od Sejmu subwencyę 600, a od miasta Lwowa 400 K. Dnia 17. VI. odbyło się Walne Zgromadzenie Towarzystwa.

— Wydział krajowy zwrócił uwagę Wydziałów powiatowych, by przy obsadzaniu okręgów sanitarnych trzymały się ściśle ustawy z d. 5. X. 1906, mianowicie, by do konkursów dopuszczały tylko kandydatów, którzy nie przekroczyli 40 r. ż. i by przedstawiały Wydziałowi krajowemu podania wszystkich kandydatów ze swoim wnioskiem co do nadania posady (same bowiem posad teraz nadawać nie mają prawa).

— Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna została otwarta 16. VI. w obecności przedstawicieli instytucyi naukowych, naczelników wszystkich władz krajowych i miejskich i przy tłumnym udziale publiczności. Przy otwarciu wystawy przemawiali: wiceprezydent miasta dr Rutowski, dyrektor wystawy dr K. Krzyżanowski i prezes wydziału gospod. X. Zjazdu lek. i przyr. prof. Bylicki.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Fryderyk Flohr, p. Tadeusz Olszański i Aron Bard.

Zdrojowiska galicyjskie. Do Krynicy przybyło od 15. V. do 12. VI. osób 1707, do Rabki od 20. V. do 18. VI. osób 752.

Warszawa. Rada dobroczynności publ. uznała, iż wskrzeszenie szkoły felczerskiej w Warszawie jest zbyteczne; natomiast w całym kraju powinny być zakładane szkoły dozorców i dozorczyń chorych. Praktykujący obecnie felczerzy mają z praw swych korzystać do śmierci. Inspektor szpitali ma utworzyć komisyę, która założy szkołę dozorców chorych w Warszawie, ułoży jej program i t. d.

— Z przyznanej sobie nagrody Akademii Umiej. przeznaczył dr A. Sokołowski połowę na fundusz stypendyalny, a drugą połowę na nagrodę za najlepszą popularną broszurę o gruźlicy. W konkursie na tę broszurę zdobył wśród 5 współzawodników nagrodę dr Stanisław Łagowski.

— Prócz szpitala im. Poznańskich znajduje się także łódzki szpital dziecięcy fundacyi Herbstów w trudnem położeniu finansowem. Niedobory pokrywano z funduszów zapasowych, lecz te już się wyczerpują. Magistrat łódzki przyrzekł 6,000 rb. zapomogi.

— Dzienniki donoszą, że na kierownika zakładu dla obłąkanych w Kochanówce pod Łodzią powołano dra Witolda Chodźkę na miejsce dra Mazurkiewicza, który przenosi się do Galicyi.

— Półwiekowy jubileusz pracy lekarskiej obchodził w Warszawie dr Aleksander Dobrzański. Urodzony w Sandomierskiem, gimnazyum ukończył w Radomiu, nauki lekarskie w r. 1857 w Moskwie. Po trzyletnich studyach okulistycznych w Paryżu, Wiedniu i Berlinie został ordynatorem oddziału ocznego w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie, później w szpitalu izraelickim. Od r. 1879 był dyrektorem zdrojowiska w Busku, gdzie przyczynił się bardzo do rozwoju miejscowego szpitala. Po objęciu Buska przez administracyę rządową wrócił do Warszawy na stanowisko okulisty szpitala na Pradze, od r. 1901 zaś szpitala dla dzieci. Składając hołd nieznużonej pracy, życzymy sędziwemu Jubilatowi, by jeszcze długie lata cieszył się takimsamym zasobem sił i energii, jakie dziś, w 75. roku życia, są Jego udziałem.

— W Ojcowie odsłoniętą zostanie 29. b. m. tablica pamiątkowa ś. p. dra Stanisława Niedzielskiego, wieloletniego kierownika miejscowego zakładu leczniczego, ufundowana ze składek.

Z różnych stron. Rada miejska w Wiedniu przeznacza 10 milionów koron na fundacyę szpitala dla uczczenia 60-letniej rocznicy rządów cesarza Franciszka Józefa.

— Mowa tronowa przy otwarciu austryackiej Rady Państwa w d. 19. VI. b. r. zapowiada »nowożytną reformę ustawodawstwa sanitarnego, zwłaszcza celem skutecznego zwalczania epidemii i chorób wśród ludności, uregulowania sprawy domów dla obłąkanych«. Co do wszechnic zaś zapowiada »jaknajszybsze uposażenie instytutów, zwłaszcza klinik, w nowe budynki i wszelkie potrzebne środki naukowe«.

— Na Zjeździe ginekologów niemieckich w Dreźnie rzucił prof. Fritsch myśl, aby kliniki ginekologiczne niemieckie zamieniały wzajemnie swych asystentów, uważając to za korzystniejsze, niż ich podróże naukowe.

Mianowani: W rządowym zakładzie badania środków spożywczych w Krakowie: dr Leonard Bier starszym inspektorem, p. J. Buraczewski inspektorem, p. J. Hetper adjunktem.

Powołani: prof. Pfannenstiel z Giessen na katedrę położnictwa w Kiel; prof. Rosthorn z Heidelbergu na takąż katedrę do Wiednia (na miejsce ustępującego prof. Chrobaka), prof. Straub z Würzburga na katedrę farmakologii do Fryburga w B.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 26. czerwca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kader: Demonstracye chorych. 2) Doc. Gliński: Demonstracye preparatów anatomiczno-patologicznych. 3) Prof. Rosner: Demonstracye narzędzi. 4) Dr Blassberg: Najnowsze poglądy na ośrodki mowy.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone)

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek**.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers H.**, kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Dom „Świteź").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Langie Adam**, okulista, od 1 lipca do 15 sierp. (tylko w chor. ocznych).
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, (Willa „Atylla").
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef**.

Zakopane.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz**, („Villa St. Hubert"), („zimą w **Nizzy**").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard**, (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg**, (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef**, („Stadt-Paris" Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregenten str. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko**, b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar**, („Pascha" Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.**, („Stadt Hamburg").

USTAWA DOTYCZĄCA UNORMOWANIA USTROJU APTEKARSTWA

z dnia 18 grudnia 1906 r. zaopatrzona komentarzem opracowanym przez Dra **Laufbahna** adwokata i mag. farm. **B. Jawornickiego** wraz z normą ordynacyjną obowiązującą od 1 stycznia 1907, wyszła z druku i jest do nabycia **w każdej księgarni** w cenie 3 korony za egzemplarz. — Dla lekarzy okręgowych, zakładów, kas chorych, lekarzy utrzymujących apteki domowe niezbędny podręcznik. 298

KRAKÓW RADZIWIŁŁOWSKA 31. — Tel. Nr. 81.

LECZNICA CHIRURGICZNA

AMBULATORYUM

dla chorych przychodnich.

Endoskopia, galwanokaustyka, massaż wibracyjny, przyrządy do leczenia zapomocą gorącego powietrza według Biera, mechanoterapia.

SALA OPERACYJNA 222

Godziny przyjęcia od 9-tej do 11-tej przedpołudniem.

ZAKŁAD ROENTGENOWSKI. — PRZEŚWIETLANIE I LECZENIE.

Dr ARTUR FROMMER

były I-szy sekundaryusz oddziału chirurg. szpitala św. Łazarza ordynuje od godziny 3-ciej do 4-tej popołudniu.

Zakład kąpielony i sanatoryum „Morszyn“ kąpiele solankowe, gazowe, borowinowe i hydrotherapia

obok Stryja. Stacya kolej, poczta i telegraf w miejscu.

Sezon od 1 czerwca do 30 września. 292

Lekarz zakład.: Dr Stanisław Jasiński. — Prospekta na żądanie.

Dr Wilhelm Zathey

ordynuje w sezonie bieżącym

w chorobach wewnętrznych i nerwowych 291

Krynica — willa Ułana.

BADEN-BADEN

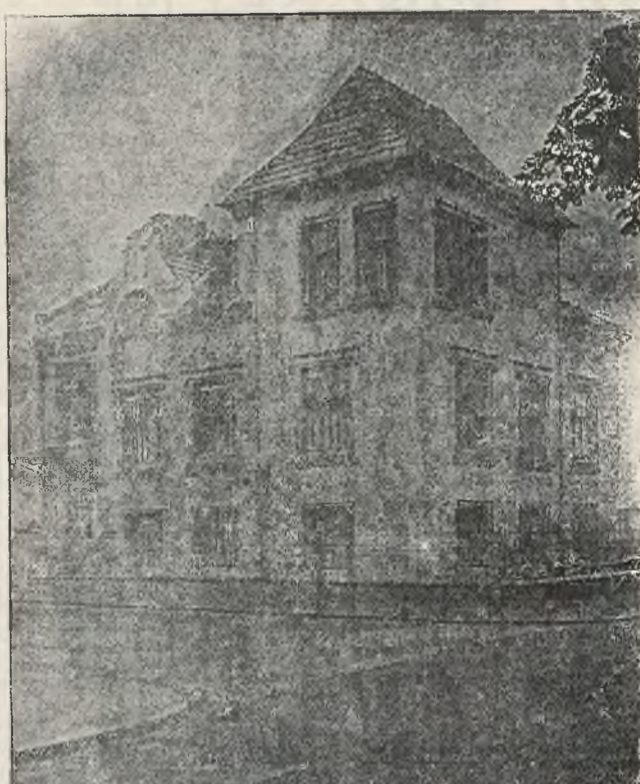
SANATORYUM DR. SCHAMBACHER

Dna, gościec

cierpienia serca, żołądka i jelit.

Choroby kobiece 70

Hydroterapia, elektroterapia, leczenie dyetyczne.



Zakład wodoleczniczy i sanatoryum Dra B. Kupczyka. Kraków, ul. Szujskiego 11 (Róg ul. Rajskiej).

ZAKŁAD WODOLECZNICZY i SANATORYUM

Dra B. KUPCZYKA

specyalisty chorób nerwowych

Kraków, ul. Szujskiego l. 11 (róg Rajskiej).

Telefon Nr. 695. 123

Wodolecznictwo, parnia, gorące kąpiele powiczne ogólne i częściowe, kąpiele gazowe z kwasem węglowym, kąpiele świetlno-elektryczne, kąpiele wodno-elektryczne ogólne i częściowe, natryski elektryczne, elektryzowanie, masaż ręczny, wibracyjny, elektryczny, ciepłe wanny, kąpiele mineralne, leczenie dyetyczne i tuczne.

Wskazania: Choroby nerwowe, reumatyzm, choroby żołądka i jelit, niedokrewność, skaza-moczanowa, cukrzyca, otyłość, ogólne osłabienie, choroby serca i naczyń krwionośnych.

Na żądanie wysyła się kąpielowych do domu.

Pokoje dla chorych. Oświetlenie elektryczne.